

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juin 1892, à 1 heure

PAR

LIKNAITZKY

Né le 23 juin 1865 à Szagarren (Russie).

PALATOPLASTIE

MÉTHODE BAIZEAU-LANGENBECK

MODIFIÉE PAR M. POLAILLON

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : $\left\{ \begin{array}{l} \text{MM.} \\ \text{LE DENTU, professeur,} \\ \text{POLAILLON, QUENU, agrégés.} \end{array} \right.$

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1892

THESE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juin 1892, à 1 heure

PAR

LIKNAITZKY

Né le 23 juin 1865 à Szagarren (Russie).

PALATOPLASTIE

MÉTHODE BAIZEAU-LANGENBECK

MODIFIÉE PAR M. POLAILLON

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : { MM.
LE DENTU, professeur,
POLAILLON, QUENU, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1892

113

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.....	G. POUCHET.
Hygiène.....	HAYEM.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	STRAUS
	G. SEE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.....	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	TARNIER.
	PINARD

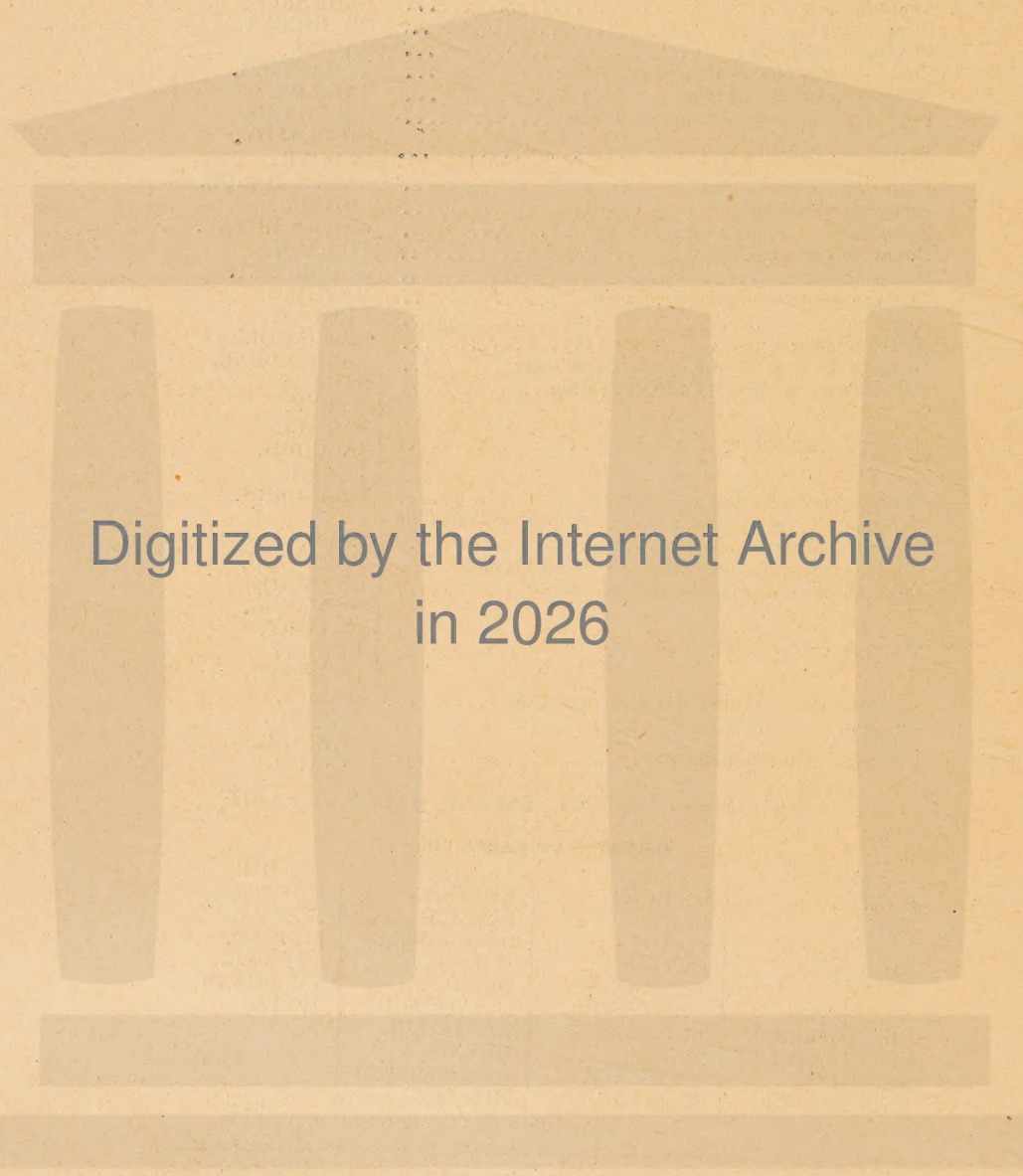
Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLEF.	GILBERT.	NETTER.	ROBIN Albert.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	SCHWARTZ.
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomiques	SEGOND.
BRISAUD.	HUTINEL.	POUCHET.	TUFFIER.
BRUN.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	WEISS.
CHANTEMESSE	LETULLE.	RETERER.	
CHAUFFARD.	MARIE.	REYNIER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	RIBEMONT-DESSAIGNES	
FAUCONNIER.	NELATON.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté ; CH. PUPIN.

L'assemblée en date du 2 dec. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans ces dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554026_0085

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Nous ne sommes plus au temps où le baron Larrey, dans ses cours au Val-de-Grâce, regrettait l'absence d'une monographie sur les perforations de la voûte palatine. Depuis le mémoire de Baizeau (1858) et le rapport de Larrey, de nombreux et importants travaux ont été faits sur cette question. Il nous suffit de rappeler les thèses de Chrétien (1873), Lemarchand (1876), Ward (1882), Bellier (1884), et les communications de Trélat aux diverses sociétés savantes.

Laissant de côté la staphylorrhaphie, qui ne demande ni formation ni mobilisation de lambeaux, nous bornerons cette étude à l'uranoplastie. Cette opération, bien que souvent pratiquée, a subi, surtout en Allemagne, différentes modifications peu connues en France ; nous voulons principalement parler de l'uranoplastie en deux séances ; cette opération a été préconisée par Wolff en Allemagne, et presque en même temps par M. le docteur Polaillon, en France. Sur les conseils de cet éminent chirurgien nous avons recherché quels sont les avantages de cette nouvelle méthode et les inconvénients auxquels elle se propose de remédier ; que ce maître nous permette de le remercier aujourd'hui pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner ; et les encouragements qu'il n'a cessé de nous prodiguer. Nous remercions aussi M. le professeur Laboulbène de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE II.

DISPOSITION ANATOMIQUE DE LA VOUTE PALATINE

Toute opération plastique sur une région suppose connue la disposition anatomique de celle-ci. Or, la voûte palatine représente un peu plus de la moitié de la région staphylo-palatine. Elle est formée d'une couche osseuse et d'une couche fibro-muqueuse.

Le squelette en est formé par les apophyses palatines des maxillaires supérieurs en avant et par la portion horizontale des os palatins en arrière. La surface osseuse est inégale et irrégulière. Chassaignac attribuait à tort une grande importance à l'exagération de la saillie médiane de la voûte dont il faisait un stigmate de syphilis sous le nom d'exostose médio-palatine.

Ce qu'il importe surtout de connaître, au point de vue de l'uranoplastie, ce sont : d'une part, les adhérences de la fibro-muqueuse à l'os sous-jacent, et d'autre part, le mode de nutrition de cette fibro-muqueuse.

I

La muqueuse palatine est pour ainsi dire confondue avec le périoste avec lequel elle forme une fibro-muqueuse. Son épaisseur est considérable ; mais il est facile de s'assurer,

sur une coupe verticale et transversale de la voûte, que cette épaisseur n'est pas la même en tous les points. Mince sur la ligne médiane, où on peut voir la transparence au travers, elle constitue sur les côtés une couche qui n'offre pas moins de six à sept millimètres d'épaisseur. Cette augmentation d'épaisseur est due à la densité du chorion et à la grande quantité de glandules en grappe sous-jacentes.

Sa résistance est telle qu'on peut presque sans danger lui emprunter de vastes lambeaux dans l'anaplastie buccale.

La face profonde de cette fibro-muqueuse adhère intimement à l'os par des prolongements fibreux qui s'attachent aux rugosités et aux saillies qui hérissent ce dernier.

Cette adhérence varie également avec les points que l'on considère. Elle est très faible sur les côtés du raphé et vers le centre de la voûte, ce qui permet de décoller facilement les lambeaux et de les faire glisser sur la couche osseuse dans certains procédés d'uranoplastie. Elle est au contraire très forte au niveau de l'arcade dentaire ainsi qu'au niveau des sutures osseuses; en ces points l'adhérence est telle que souvent, dans les opérations autoplastiques, le chirurgien, en détachant le lambeau à l'aide d'une rugine, détache en même temps les rugosités de la voûte palatine. On pourrait croire, d'après les travaux d'Ollier sur la régénération osseuse, qu'en procédant ainsi, la perte de substance osseuse sera comblée par du tissu de même nature, il n'en est rien, et malgré la conservation de noyaux osseux à la face profonde du lambeaux, on n'observe pas la reproduction de l'os.

II

Il n'est pas indifférent pour certains procédés d'urano-plastie de connaître le mode de nutrition de la fibro-muqueuse ; c'est elle en effet qui est le plus souvent appelée à fournir les lambeaux et il importe d'assurer largement la nutrition de ces lambeaux.

Les artères palatines viennent de l'artère maxillaire interne. On les divise de chaque côté en artères palatines antérieure, moyenne et postérieure. La palatine moyenne n'est pas constante, elle s'anastomose avec la palatine supérieure. La palatine antérieure est la branche interne de terminaison de la sphéno-palatine ; elle aborde le palais par le conduit palatin antérieur et s'anastomose avec la palatine supérieure. Cette artère palatine supérieure ou descendante est la véritable artère de la région. Née de la maxillaire interne au niveau du sommet de la fosse zygomatique, elle se porte aussitôt verticalement en bas pour pénétrer dans le conduit palatin postérieur, qu'elle traverse. Elle rencontre ainsi le palais à l'union de la voûte et du voile, au niveau de la troisième grosse molaire supérieure. Elle parcourt d'arrière en avant toute la voûte palatine en longeant l'arcade alvéolaire, arrive au conduit palatin antérieur dans lequel elle pénètre, et là s'anastomose avec l'artère sphéno-palatine.

Dans leur trajet, les palatines descendantes s'envoient de nombreuses anastomoses d'un côté à l'autre. Elles sont beaucoup plus rapprochées de l'os que de la surface libre de la muqueuse. Leurs rameaux ont une disposition penniforme.

Le raphé médian est la partie la moins vasculaire de la voûte ; on s'explique ainsi pourquoi il est aussi le plus exposé aux troubles de la nutrition qui préparent la perforation de la muqueuse et la nécrose de la partie correspondante de l'os.

Les veines accompagnent les artères ; deux ou trois plus importantes naissent dans le conduit palatin postérieur ; deux autres, plus volumineuses, montent dans le conduit palatin antérieur et s'unissent aux veines antérieures de la pituitaire.

Ces veines se jettent dans la veine maxillaire interne et contribuent à former la veine jugulaire externe et quelquefois la veine jugulaire interne.

Elle peuvent devenir variqueuses (Léonhard).

CHAPITRE III.

DES PERFORATIONS DU PALAIS

Les perforations du palais peuvent être accidentelles ou congénitales.

I

Les perforations accidentelles peuvent être dues à de nombreuses causes.

A. *Perforations traumatiques.* — Ces perforations sont assez rares ; la situation même intra-buccale de cette région la protège suffisamment contre les violences venues du dehors. Le corps vulnérant est variable : tantôt, c'est un instrument piquant, morceau de bois aiguisé, tige métallique ; tantôt c'est un instrument contondant, et le plus souvent une balle de revolver, dans des tentatives de suicide.

Ces perforations traumatiques ont été bien étudiées par Bedel (1).

B. *Perforations pathologiques.* — Elles succèdent le plus souvent à une ostéopériostite suivie de nécrose. Ces perforations peuvent être dues à la tuberculose ; mais dans l'immense majorité des cas, elles sont de nature syphilitique (1).

1. Thèse de Paris 1872.

Les perforations tuberculeuses sont très rares à la voûte osseuse ; elles affectent de préférence le voile du palais. Au niveau du palais osseux, tantôt elles sont très petites et appréciables seulement au stylet, tantôt elles détruisent une grande partie de la voûte, leurs dimensions ne sont jamais moyennes.

Les perforations syphilitiques ont été longtemps attribuées à une gomme sous-périostique, suivie de nécrose ; l'élimination du séquestre laissant alors une perforation. Le professeur Duplay n'admet pas cette pathogénie ; pour ce chirurgien la perforation syphilitique est la conséquence de coryza syphilitique. Celui-ci donne lieu à la production de gommes ou de périostites gommeuses qui, sans doute, peuvent se développer en tous les points des fosses nasales, mais qui, on ne sait pourquoi, ont une prédilection marquée pour la synostose, qui unit le bord inférieur du vomer aux lames horizontales des palatins et des maxillaires supérieurs. Le point de départ de la gomme n'est donc pas la face buccale de la voûte, mais sa face supérieure seulement, la face inférieure est secondairement le siège d'un abcès sur le point symétrique.

Nous laissons bien entendu de côté ces perforations produites par des tumeurs de voisinage, elles ne donnent guère lieu à l'uranoplastie.

C. Perforations opératoires. — On désigne ainsi les perforations faites à dessein par le chirurgien dans le but d'enlever une tumeur de la voûte ou de se frayer une voie vers les fosses nasales (méthode de Nélaton pour le traitement des polypes naso-pharyngiens). Dans ces cas, l'uranoplastie peut être faite séance tenante, et l'opérateur comble alors sur le champ la perte de substance qu'il vient de créer ; mais Bœc-

kel préfère laisser l'ouverture béante afin de surveiller le pédicule de la tumeur enlevée.

Quelle que soit l'origine de ces pertes de substance accidentelles, leur forme et leurs dimensions sont extrêmement variables. Le plus souvent ovalaires, elles sont parfois elliptiques ou circulaires. Les unes ont les dimensions d'une lentille, les autres ont détruit presque tout le palais. Ces notions influent peu sur la largeur à donner aux lambeaux, si on veut ceux-ci bien nourris ; c'est un point sur lequel nous reviendrons plus loin. Il n'en est pas de même de l'état des bords de la plaie ; ceux-ci sont le plus souvent minces, formés d'un tissu cicatriciel, blanc rosé, résistant, peu vasculaire et très-adhérent aux os.

II

Les divisions congénitales sont dues à un arrêt de développement. Elles peuvent être complètes, c'est-à-dire, intéresser toute la longueur du palais, elles coïncident alors le plus souvent avec le bec-de-lièvre ; mais elles peuvent être circonscrites à la voûte palatine. Ces fissures de la voûte peuvent elle-mêmes être complètes ou incomplètes, médianes, uni-latérales, ou bi-latérales (Chrétien). La fissure médiane du palais coïncidant avec le bec-de-lièvre serait mieux nommée, comme le fait remarquer M. Auguste Broca, fissure bi-latérale ; il persiste en effet dans ce cas, sur la ligne médiane, une « baguette osseuse » représentée par le vomer et les apophyses palatines des intermaxillaires, la cloison est intacte, et de chaque côté on pénètre dans la fosse nasale correspondante.

Nous n'avons pas à décrire toutes ces variétés, qui sont justiciables du même procédé opératoire.

Mais on conçoit que les lèvres de la perforation congénitale n'ont pas le même aspect que celles des perforations accidentelles. Les divisions congénitales ont des bords très-épais, la muqueuse qui les tapisse fait suite d'un côté à la muqueuse palatine, de l'autre à la muqueuse pituitaire.

L'uranoplastie a surtout pour but de remédier aux inconvénients dus à la communication anormale de la cavité buccale avec celle des fosses nasales ; aussi, les cas exceptionnels relatés par Nota (de Lisieux) et par Langenbeck de perforation de la voûte osseuse sans lésion de la muqueuse, n'intéressent guère le chirurgien. Il en est de même du cas unique observé par Langenbeck, où la division des parties molles ne coïncidait pas avec la division de l'os et le tissu fibro-muqueux recouvrait comme un pont la fissure osseuse.

Ces divisions congénitales du palais soulèvent des questions intéressantes de pathogénie ; mais celles-ci sont très-bien traitées dans tous les classiques et nous n'avons rien à ajouter à leur histoire.

Les troubles fonctionnels provoqués par ces perforations sont très variés ; mais les troubles de la déglutition ne sont pas toujours en rapport avec l'étendue des lésions. Ce fait était déjà signalé par Baizeau : « On voit, dit-il, des individus manger assez facilement avec de larges perforations, et sans que les aliments ou les liquides sortent par le nez ». Un des malades opérés par M. Polaillon offrait un exemple de ce que peuvent l'habitude et l'éducation à ce point de vue (obs. IV).

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT DES PERFORATIONS.

On a rapporté plusieurs faits de guérison spontanée de fissure congénitale du palais ; témoin l'observation souvent citée de Trélat. Un homme de 43 ans aurait eu une fissure palatine jusqu'à l'âge de 12 ans, et la réunion se serait faite peu à peu (1). Aucun de ces faits n'est absolument authentique ; toutefois, on ne saurait nier leur possibilité, puisque Wolff a constaté la réunion intra-utérine de la fissure. C'était un garçon de 13 ans, chez qui les incisives supérieures étaient irrégulièrement placées, la luette était bifide. Il existait sur la ligne médiane un cordon cicatriciel se continuant sur le voile jusqu'à la luette sous forme de fine raie blanchâtre mieux appréciable au toucher qu'à la vue. A travers le revêtement du palais osseux, le doigt percevait sur cette ligne médiane une lacune longue de un centimètre et demi formant dans la partie horizontale de l'os palatin et à la partie la plus reculée de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur un triangle isocèle à base postérieure. Introduit en arrière du voile, le même doigt constatait l'absence de la partie postérieure du vomer et comme conséquence une formation anormale des narines postérieures (2).

Quoi qu'il en soit, les cas de guérison spontanée des fissu-

1. Trélat. *Bullet. de soc. de chirurgie*, 1867, 2^e série, t. 8, p. 450.

2. Wolff et Fraenkel, *Berlin. Klin. Woch.* 1882.

res palatines sont exceptionnels, et le chirurgien n'est pas en droit d'attendre de la nature seule la réunion de ces fissures.

D'autre part, les troubles de la phonation, ceux de la déglutition, et même les modifications de l'odorat (Chrétien) indiquent une intervention palliative ou curative.

Deux modes de traitement se proposent en effet de remédier aux troubles fonctionnels qui tourmentent les malades. Dans l'un, on emploie les appareils prothétiques ; dans l'autre, on a recours à l'autoplastie.

I

Nous dirons peu de mots des appareils prothétiques. Les auteurs du Compendium les ont divisés en deux grandes classes. Ce sont d'abord ceux que les malades se font eux-mêmes avec de la mie de pain, de la cire, du liège, etc.. Ce sont là des appareils peu compliqués ; ils peuvent rendre service à l'occasion, mais ils n'ont rien de chirurgical. Les autres sont décrits sous le nom d'obturateurs. Leur usage remonte, on le sait, à Ambroise Paré (1595) ; Baizeau attribue leur invention à Pétronus (1565).

Les uns pénètrent à travers la perforation, au-dessus du plancher des fosses nasales, ce sont les obturateurs à ailes de Fauchard, perfectionnés par Charrière ; ils sont essentiellement formés d'une plaque palatine surmontée d'un pivot qui pénètre dans la perte de substance, et de deux ailes qui s'abaissent sur le plancher des fosses nasales pour maintenir l'appareil. D'autres, ou obturateurs à chapeau, pénètrent également dans la fente et la remplissent, mais ils sont fixés

aux dents voisines par des fils métalliques, Sédillot les a minutieusement décrits dans son *Traité de médecine opératoire*, (1855).

On emploie aujourd'hui presque exclusivement les obturateurs à plaque, qui restent tout entiers dans la bouche, et y prennent un point d'appui.

Tous ces instruments, autrefois construits en métal, sont actuellement fabriqués en caoutchouc vulcanisé.

On a quelquefois prétendu que les obturateurs remédient mieux que l'anaplastie aux troubles de la voix. Il n'en est pas toujours ainsi, et l'on voit des sujets qui, avec les obturateurs les mieux confectionnés, conservent la voix un peu nasonnée. Si l'on en croit les auteurs du *Compendium de chirurgie*, ce nasonnement pourrait parfois disparaître par le chant (1).

Si les avantages de la prothèse au point de vue de la phonation sont douteux ; les inconvénients de ces appareils sont par contre très nombreux. Non-seulement ils laissent subsister la difformité, mais ils sont par eux-mêmes susceptibles de l'aggraver.

S'agit-il en effet des obturateurs à ailes et à chapeau, la présence d'une tige dans la perforation rend toute cicatrisation impossible dans le cas, d'ailleurs exceptionnel, où celle-ci tendrait à se faire ; bien plus, la pression qu'exerce la tige tend plutôt à ulcérer les bords de la solution de continuité.

La simple plaque palatine n'est pas elle-même exempte

1. « M. de Termes avait un palais d'argent qui lui rendait la parole fort étrange ; mais ce qui surprenait, c'est qu'il n'y paraissait plus dès qu'il chantait avec la plus belle voix du monde. » (Mémoires de Saint-Simon ; observation rapportée par Larrey).

d'inconvénients. Elle ébranle souvent les dents qui lui servent de point d'appui et il faut alors en venir à l'autoplastie comme dans notre observation V. Elle peut occasionner des douleurs qui ne permettent pas aux malades de la supporter (Gosselin. Soc. de chirurgie, 31 juillet 1861). Enfin les obturateurs peuvent même devenir une cause de dangers quand ils sont mal fixés (Richet). M. Lannelongue en a observé un cas, et Hévin cite un cas de mort par asphyxie emprunté à Meeck'ren.

Trélat a résumé ces griefs en quelques mots : « Pour faire choix d'un obturateur, il faut pouvoir le payer ; il faut avoir recours à un dentiste ; il faut avoir des dents pour soutenir la pièce prothétique ; il faut enfin demeurer dans un centre où l'on peut avoir affaire à un homme de l'art » (1).

II

Nous ne citerons que pour mémoire la compression exercée sur les joues et refoulant les deux maxillaires supérieurs vers la ligne médiane. Ce procédé est justement tombé en désuétude.

La cautérisation a été recommandée par Jules Cloquet (1835). Baizeau l'a employée deux fois sans résultat ; elle a pu toutefois donner quelques succès dans certains cas de perforation étroite.

Mason préconise l'acide nitrique fort dans les perforations peu étendues, même chez les enfants âgés de quelques semaines. L'application en serait peu douloureuse ; elle donnerait une guérison lente, mais assurée.

1. Trélat. Soc. de chirurgie, 21 juin 1877.

L'uranoplastie est le seul traitement chirurgical des fissures du palais.

CHAPITRE V

DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'URANOPLASTIE

Former aux dépens des parties molles de la voûte palatine des lambeaux qui, appliqués sur la perte de substance et maintenus rapprochés par des sutures, obturent complètement la perforation ; tel est le principe de l'uranoplastie.

Ce terme a été employé pour la première fois par Baizeau. La première opération de ce genre fut tentée par Krimér, en 1824, sur une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'une division du voile du palais et de la voûte.

Toute opération de ce genre comprend nécessairement deux temps. Il faut d'abord libérer les lambeaux ; puis aviver les bords et les suturer l'un à l'autre.

De nombreux procédés ont été mis en œuvre pour arriver à ce résultat ; tous les auteurs s'accordent à les ranger en trois groupes :

A. *Procédés par glissement.* — Roux et Sédillot décolle la muqueuse de chaque côté de la perforation, avivent les bords et les sutures. Ils n'eurent que des échecs.

B. *Procédés par renversement.* — On taille sur les bords de la fente palatine et aux dépens de la muqueuse, un ou plusieurs lambeaux. On décolle leur face profonde, puis on les renverse sur eux-mêmes de telle sorte que leur face épithéliale regarde les fosses nasales, tandis que leur face cruentée est tournée vers la cavité buccale.

Les applications de ce procédé, faites avec quelques modifications peu importantes par Krimer, Pancoast, Bonfils, Samson, n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

C. Procédés par déplacement latéral. — Botrel et Roux dessinent deux lambeaux trapézoïdes complètement libres en avant et ne tenant au palais que par leur base qui est postérieure.

C'est là un acheminement vers le procédé Baizeau-Langenbeck, que nous décrirons plus en détail.

Mais il faut rappeler plusieurs autres procédés préconisés plus récemment par quelques chirurgiens.

Procédé ostéo-muqueux ou uranoplastie ostéoïde de Simon. — Diffenbach et plus tard G. Simon, conseillèrent de tailler dans la voûte elle-même des fragments osseux, pour les réunir sur la ligne médiane. Fergusson reprit cette manière de faire en 1874.

Au lieu de décoller la muqueuse palatine, ces auteurs sectionnent la voûte palatine elle-même avec la scie ou avec la gouge et le maillet, au niveau des incisions latérales. Puis, ils mobilisent l'un vers l'autre, les deux lambeaux ainsi obtenus. Ils font ensuite la suture.

Ce procédé a donné trois succès à M. Lannelongue. Mais à côté d'avantages fort bien exposés par ce professeur à la Société de Chirurgie (1877), il a quelques inconvénients sérieux : hémorrhagie considérable dès que le ciseau perforant la voûte pénètre dans la cavité nasale, et surtout difficulté du manuel opératoire. Ce sont là, d'après M. Lannelongue, des manœuvres de force presque violentes. Et même le professeur Le Dentu a dans un cas essayé de pratiquer la fracture des os sans pouvoir y arriver (1).

1. Le Dentu. *Soc. de Chirurgie*, 9 juin 1880.

Procédé de M. Lannelongue. — Dans les fissures congénitales très larges, le bord inférieur de la cloison fait une saillie très marquée. Gratiolet a montré que le vomer se recourbe sur lui-même à angle droit au niveau de son bord inférieur ; il s'étale, pour ainsi dire, et se porte vers la perte de substance pour la combler. De plus, la muqueuse qui revêt le bord libre de la cloison offre une épaisseur considérable, elle mesure au moins deux millimètres ; enfin, elle est rouge et bien nourrie.

S'appuyant sur ces données anatomiques, le professeur Lannelongue a eu l'ingénieuse idée d'emprunter à la muqueuse de la cloison un lambeau quadrangulaire ; il le mobilise avec le périoste correspondant ; puis il l'abaisse ; avive les bords de la fente palatine et maintient le lambeau appliqué contre ceux-ci.

Ce procédé a donné trois succès à son auteur.

Procédé de Sabatier. — Plus récemment, M. Sabatier (de Lyon) a demandé à cette cloison nasale, non plus seulement un lambeau muqueux, mais un lambeau osseux. Libérant cette cloison des parties osseuses voisines avec le ciseau et le maillet, il lui fait subir un mouvement de rotation qui l'amène sur le perte de substance.

Cette opération offre des difficultés considérables. La section du lambeau osseux exige une grande force ; elle a échoué entre les mains de son auteur sur un enfant de quatorze ans atteint de bec de lièvre compliqué. La cloison se brisa sous les efforts du chirurgien, et ne put être amenée sur l'orifice qu'elle devait combler.

Procédé de Davies Colley (1). — Davies Colley (de Lon-

1. Davies Colley. *British, méd. journal*, 25 oct. 1890.

*dres) a eu recours chez un enfant de quatre ans atteint de fissure de la voûte et du voile, à un procédé spécial, et qui n'est certes pas applicable à tous les cas. Il fait l'opération en quatre temps.

1^{er} temps. — Dissection d'un lambeau triangulaire formé de muqueuse et de périoste, et taillé dans la moitié la plus large du palais. — Compression suffisante pour arrêter le sang.

2^e temps. — Dissection d'une bandelette de muqueuse du côté opposé, près du bord de la fente. Cette bandelette est renversée vers la ligne médiane, de sorte que sa surface cruentée regarde la langue.

3^e temps. — Fixation de cette bandelette dans sa nouvelle position au moyen de quelques fils de catgut, qui s'attachent au bord opposé de la fente.

4^e temps. — Fixation du grand lambeau sur la surface cruentée du côté opposé, au moyen de sutures métalliques laissées en place cinq à six semaines.

CHAPITRE VI.

PROCÉDÉ BAIZEAU-LANGENBECK.

I

Baizeau (1858) taille de chaque côté de la fistule deux lambeaux longitudinaux, parallèles à son grand axe, et les détache de la voûte palatine par leur face profonde. Ces lambeaux restent ainsi continus en avant et en arrière avec les parties molles ; il forment deux voiles mobiles qui, attirés en dedans, se rejoignent facilement et forment, après avoir été maintenus par deux ou trois points de suture, un pont au-dessous de la perforation.

Langenbeck (1850) a apporté une très légère modification à ce procédé. Aux bistouris de Roux dont se servait Baizeau pour décoller la muqueuse, il substitue l'emploi de la rugine.

Cette opération a soulevé une question de priorité que M. Verneuil a discutée très longuement(1) ; c'est à Dieffenbach qu'il attribue le procédé des deux lambeaux en pont. Ce dernier l'appliqua en effet dans six cas et n'obtint qu'un succès. Mais si ce chirurgien eut le mérite des premières opérations pratiquées d'ailleurs sans grands résultats, c'est à Baizeau que revient l'honneur d'en avoir nettement posé les règles.

1. Verneuil, *Chirurgie réparatrice*.

Langenbeck n'y apporta qu'une modification d'instruments.

Depuis, les remarquables travaux de M. Ollier sur les propriétés ostéogènes du périoste ont conduit les chirurgiens à raser plus exactement, à l'exemple de Langenbeck, la voûte osseuse dans la mobilisation des lambeaux.

Enfin, Trélat a beaucoup perfectionné le manuel opératoire ; il en a nettement dégagé les indications et montré les résultats.

II

L'uranoplastie n'est pas une opération d'urgence ; aussi ne doit-on pas la tenter sans être suffisamment outillé. Les instruments nécessaires à cette opération sont :

1° Un ou plusieurs ouvre-bouche ; la plupart des modèles construits par les fabricants servent à la fois à écarter les mâchoires et à maintenir la langue abaissée sur le plancher buccal. Tel est l'abaisse-langue-fixateur de M. Mathieu, présenté par M. de Saint-Germain à la société de chirurgie (1).

Le baillon ouvre-bouche de Trélat est un des plus employés.

On peut encore se servir de l'ouvre-bouche à crémaillère de M. Collin.

2° Un abaisse langue.

3° Deux longues pinces à griffes, une droite et une courbe.

1. *Soc. de chirurgie*, 2 juin, 1880.

- 4° Deux bistouris coudés l'un à droite, l'autre à gauche.
- 5° Un bistouri étroit, à long manche et à lame droite.
- 6° Un bistouri boutonné.
- 7° Un crochet mousse porté sur un long manche.
- 8° Quatre à cinq pinces à pression continue.
- 9° Une paire de ciseaux droits.
- 10° Une paire de ciseaux de Roux.
- 11° Une paire de ciseaux très courbes et pointus.
- 12° La rugine courbe d'Ollier pour décoller le périoste.
- 13° La rugine droite de Trélat, à tranchant mousse sur ses bords.
- 14° Une autre rugine à bords tranchants et à extrémité arrondie.
- 15° Deux rugines coudées, l'une à droite, l'autre à gauche.
- 16° Trois ou quatre porte-éponges.
- 17° Une pince à anneaux de Sédillot.
- 18° Quatre à six petites aiguilles très-courbes.
- 19° Deux pinces porte-aiguilles de Collin.
- 20° Un porte fil pour les sutures métalliques.
- 21° L'aiguille de Trélat dite encore aiguille en hameçon ou en U. Le chas y est placé près de la pointe, qui est courbée et est rendue parallèle à la tige de l'aiguille. La partie récurrente de cette aiguille a dix-huit millimètres et l'écartement entre cette partie récurrente et la tige est de six millimètres.
- 22° Une longue aiguille courbe, dont le chas est également près de la pointe.
- 23° L'aiguille de Reverdin ou l'aiguille d'Aubry à grande courbure.
- 24° Plusieurs rouleaux de fils de soie.

25° Trois ou quatre ronds de fil d'argent très fin et très-souple.

26° Le tord-fils.

27° Trente ou cinquante tubes de Galli.

28° Une pince longue à verrou pour écraser les tubes de Galli.

III

On s'est demandé si le malade devait être endormi. La chloroformisation était autrefois très redoutée dans les opérations buccales. On préférait administrer préalablement du bromure de potassium pour émousser la sensibilité générale. Mais on a reproché à cet agent de diminuer en même temps la vitalité des lambeaux et de favoriser leur mortification.

On connaît aujourd'hui un anesthésique local qui peut rendre ici de grands services ; c'est le chlorhydrate de cocaïne. On peut faire des attouchements avec une solution au cinquième de cette substance ; ou mieux injecter dans l'épaisseur de la muqueuse un ou même deux centigrammes de chlorhydrate. M. Polaillon a l'habitude de combiner les attouchements aux injections interstitielles. On n'observera pas les accidents signalés à la suite des injections de cocaïne à la face, si on a soin, comme le recommande M. Dujardin-Beaumetz, de faire coucher le malade.

Trélat chloroformisait tous ses malades. Bellier conseille au contraire de ne pas endormir, l'opéré peut ainsi cracher le sang qui s'accumule dans le pharynx et se gargariser dans le cours de l'opération. Enfin, Langenbeck propose de ne faire respirer le chloroforme qu'après le tracé de l'incision latérale.

Il nous semble qu'il faut avant tout tâter la susceptibilité du malade. Est-il craintif ou peu docile, il sera sage de recourir à l'emploi du chloroforme ; sinon, on pourra se contenter de l'anesthésie locale que donne la cocaïne.

La position donnée au malade a également une grande importance. On peut opérer le malade assis dans le cas où l'on n'a recours à aucun anesthésique.

Trélat opérait tous ses malades couchés horizontalement, la tête fortement renversée en arrière, dépassant le bord du matelas. M. Polaillon les opère au contraire la tête un peu haute. En tout cas, la position horizontale ou presque horizontale est toujours préférable à la station assise. D'une part elle est nécessitée par l'emploi du chloroforme dans l'anesthésie générale ; et d'autre part, elle met mieux à l'abri de la syncope dans l'anesthésie locale par la cocaïne.

IV

L'opération, que nous allons décrire très brièvement, comprend quatre temps :

1° Pratiquer de chaque côté une incision antéro-postérieure comprenant toute l'épaisseur de la fibro-muqueuse palatine.

2° Mobiliser cette fibro-muqueuse, c'est-à-dire, la détacher de l'os dans l'étendue comprise entre l'incision et le bord de la perforation.

3° Aviver les bords de celle-ci.

4° Suturer les lambeaux par leurs bords internes.

1^{er} temps. — Un bistouri ordinaire est suffisant pour le tracé des lambeaux. Il est indispensable que l'incision latérale dépasse le bord postérieur du palais osseux et empiète de un centimètre environ sur le palais mou.

Dans la région osseuse, le bistouri doit être enfoncé profondément jusqu'à l'os. Dans la région du voile, le lambeau doit comprendre toute l'épaisseur de ce dernier ; d'où la nécessité pour le mobiliser de sectionner l'insertion aponévrotique du voile au bord postérieur de la voûte osseuse.

2^e temps. — On introduit ensuite une sorte de spatule ou mieux de grattoir sous la partie disséquée du bord externe du lambeau, et on détache de dehors en dedans le périoste de l'os.

C'est là le temps le plus douloureux de l'opération, c'est aussi malheureusement celui sur lequel l'action anesthésique des attouchements à la cocaïne a le moins de prise. Il importe donc, si le malade n'est pas chloroformisé, que ce temps soit exécuté aussi rapidement que possible.

3^e temps. — Pour aviver les bords de la fissure ou de l'ulcération, on saisit la muqueuse palatine avec une longue pince à griffes et on se sert soit du bistouri à long manche, soit de ciseaux à long manche et coudés sur le tranchant. Trélat reproche à ces derniers de produire un avivement irrégulier et festonné, ce qui est peu propre à un affrontement parfait des bords.

Il ne faut pas craindre d'aviver largement, sous peine de compromettre le succès de l'opération. Baizeau recommande même de prolonger l'avivement en avant et en arrière sur la ligne médiane de un centimètre au-delà de l'orifice, afin de diminuer la courbe de ses bords et de faciliter leur rapprochement.

Quand la fente s'avance jusque derrière le bord alvéolaire, l'avivement est quelquefois très difficile en ce point. Trélat se contentait de couper la fibro-muqueuse à ce niveau suivant une ligne prolongeant le reste de l'avivement en bande-

lette. Il faisait cette section à l'aide d'un bistouri coudé spécial. Il évitait ainsi la production d'une fistule à la partie antérieure de la voûte.

4^e temps. — La suture est un des temps les plus difficiles de la palatoplastie. Aussi de nombreux procédés ont été préconisés, et Trélat disait que si l'on voulait passer en revue la liste des divers procédés familiers à chaque chirurgien, on serait bien longtemps avant d'avoir terminé.

On réserve les fils de soie pour la suture de la luette et on a recours aujourd'hui presque exclusivement au fil d'argent de moyenne grosseur.

Le nombre des points de suture varie de six à neuf suivant les dimensions de la perte de substance.

L'affrontement parfait des surfaces avivées, et non des muqueuses seulement, est la condition indispensable du succès ; le chirurgien ne saurait y consacrer trop de temps et de soins.

Pour passer les fils, on peut se servir, soit de fines aiguilles courbes de petit rayon portées sur une pince, soit de l'aiguille courbe de Reverdin ou de l'aiguille d'Aubry. Mais l'aiguille en U de Trélat est souvent l'instrument le plus commode ; M. Polaillon l'emploie de préférence à tout autre. Pendant que la main gauche, armée d'une pince à griffes, tend les lambeaux, la main droite fait traverser à l'aiguille les deux lambeaux à quelques millimètres en dehors des bords avivés ; puis, avec une pince longue, on fait passer le fil dans le chas de l'aiguille et on retire celle-ci. On la sépare ensuite du fil ; on réunit par une pince à pression les deux extrémités de ce fil et on les relève vers la joue.

On place ainsi le nombre voulu de fils en procédant d'avant en arrière.

Pour les serrer, on peut placer les tubes de plomb de Galli qu'on écrase ensuite ; il est souvent plus simple de les tordre à l'aide du tord-fils ou mieux avec les doigts ; ceux-ci apprécient mieux le degré de torsion qu'on doit donner aux fils.

Les sutures ne seront pas trop serrées et les fils seront coupés assez près de leur insertion pour que leurs extrémités ne viennent pas irriter la langue.

M. Dudon (de Bordeaux) a proposé de substituer à la suture médiane des lambeaux ce qu'il appelle la *ligature rubanée*. Au lieu d'affronter bord à bord les lambeaux libérés, il fait l'avivement en surface et affronte face à face ces lambeaux. Il passe par les ouvertures de libération un ou plusieurs rubans de fil larges de cinq millimètres, qui cheminent entre la face profonde des lambeaux et la voûte palatine. En nouant les deux chefs de chaque ruban, on rapproche ces lambeaux en même temps qu'on maintient béantes les incisions libératrices. Le ruban reste en place une dizaine de jours. Ce mode de ligature rendrait l'opération plus facile, plus rapide, et aussi sûre que tout autre mode de réunion des lambeaux.

Trélat a fait à ce procédé un certain nombre de critiques. L'avivement en surface est extrêmement difficile et souvent impossible derrière le bord alvéolaire. De plus, cet avivement en surface diminue encore la largeur des lambeaux et compromet gravement leur vitalité dans les divisions congénitales larges. Dans ce dernier cas enfin, les incisions libératrices baillent largement, ce qui doit être évité autant que possible (1).

1. Trélat. *Archives de laryngologie*, 1888. p. 145.

V

Après l'opération, le malade se contentera d'aliments liquides pendant quelques jours : bouillon, lait, eau rougeie, potion de Todd. On pourrait au besoin se servir du biberon pour l'alimentation. Puis, on tolérera des aliments plus épais : potages, semoules, bouillies, panades, mie de pain ; et on revient progressivement et prudemment à la nourriture habituelle.

Le silence est de rigueur pendant les trois ou quatre premiers jours.

Il faut surtout ne pas négliger l'antisepsie postopératoire ; elle joue ici un rôle très important ; on la réalise dans la cavité buccale par des irrigations et des lavages avec une solution boriquée à 4 p. 0/0 ou mieux encore avec de l'eau chloralée. Souvent les premiers jours, on voit des mucosités jaunâtres adhérer aux points du suture, il faut les enlever soigneusement avec une petite éponge montée.

Pour mieux assurer l'antisepsie, il est bon de joindre aux lavages de la bouche des insufflations de poudre d'iodoforme dans les fosses nasales.

On n'observe pas de réaction fébrile. La douleur cesse avec l'opération. Les incisions latérales se combent par des granulations.

Les fils sont enlevés progressivement du troisième au vingtième jour. Trélat n'en laissait jamais plus de six jours. Cette ablation des fils présente parfois quelques difficultés ; c'est pour faciliter cette opération qu'on a préconisé les tubes de plomb de Galli et les boutons perforés.

VI

Au point de vue plastique, l'opération donne d'excellents résultats. On a eu rarement à signaler la destruction de la cicatrice et la récidence. La reproduction osseuse par le lambeau périostique a été observée deux fois par MM. Lannelongue et Chrétien ; on ne peut toutefois compter sur ce résultat exceptionnel.

Au point de vue fonctionnel, les suites opératoires ne sont malheureusement pas toujours aussi bonnes. Sans doute les troubles de la déglutition sont corrigés, et c'est déjà beaucoup ; mais il persiste trop souvent des troubles de phonation.

Pour expliquer ces résultats défectueux, Passavant a invoqué l'insuffisance de longueur du voile. Cette opinion a été largement réfutée par les cas de soudure du voile du palais avec le pharynx s'accompagnant de nasonnement de la voix ; Hermann Paul en a rapporté plusieurs exemples. « Les trop-courts de Passavant, dit Trélat, et les adhérents d'Hermann se trouvent, au point de vue du fonctionnement, exactement dans les mêmes conditions ».

Trélat accuse la brièveté de la voûte palatine et l'arrêt de développement des maxillaires supérieurs. D'après M. Chervin, la gravité des troubles de la parole dans les divisions congénitales de la voûte palatine ne coïncide pas toujours avec l'étendue de la lésion ; et les dimensions du canal pharyngo-nasal paraissent jouer le principal rôle à cet égard (1).

1. Chervin. Congrès de chirurgie, oct. 1889.

Ces troubles persistants se montrent presque exclusivement dans les fissures congénitales ; et, dans ce cas, la prothèse n'a rien à prétendre de plus que l'autoplastie ; bien mieux, d'après M. Chervin, au point de vue de l'éducation vocale, l'intervention chirurgicale est préférable à la prothèse.

Dans un grand nombre de cas, ces troubles sont dus au défaut d'exercice et disparaissent par l'orthophonie. Il faut, dit Trélat, soumettre les futurs opérés à une éducation attentive depuis le moment où ils essaient les premiers mots jusqu'à l'opération, et reprendre ensuite l'éducation post-opératoire. C'est le moyen assuré d'éviter les déceptions et de hâter le moment de la guérison fonctionnelle. Mais il faut savoir que des lectures faites sans guide par les opérés sont insuffisantes ; des exercices méthodiques et gradués de prononciation peuvent en un ou deux mois procurer une articulation satisfaisante (Chervin) (1).

1. Chervin, *loc. cit.*

CHAPITRE VII.

INCONVÉNIENTS DU PROCÉDÉ À DOUBLE PONT.

La palatoplastie ainsi conduite n'offre, du moins chez l'adulte, aucun danger. On peut observer la gangrène des lambeaux, mais la complication la plus grave est la perte de sang qui accompagne souvent la confection des lambeaux.

I

La gangrène des lambeaux est due à l'insuffisance de leur nutrition. Aussi les premiers opérateurs s'efforçaient-ils pour la prévenir de conserver dans les lambeaux l'artère palatine postérieure qui est, nous l'avons vu, la véritable artère du palais.

Pour ce faire, Langenbeck a proposé de dégager cette artère palatine postérieure du sillon où elle rampe avant de pénétrer dans l'épaisseur des tissus. Mais c'est une manœuvre tout au moins difficile, et il serait plus aisé de détacher l'artère que de la mobiliser.

Rouge pense que les nombreuses anastomoses que les palatines s'envoient entre elles assurent assez largement la nutrition des lambeaux pour qu'on n'ait pas à se préoccuper de ces artères.

Toutefois la gangrène n'est pas rare. C'est même pour éviter que le professeur Lannelongue, le premier, fit l'opé-

ration en deux séances ; c'est un point sur lequel nous allons revenir.

On aurait pu craindre la nécrose de la voûte ; mais il faut remarquer qu'on ne décolle pas le périoste dans toute son étendue, puisqu'on laisse la fibro-muqueuse adhérente en avant et en arrière et cette précaution suffit à assurer la nutrition de l'os ; nous n'avons pas noté cet accident dans les diverses observations publiées.

II

L'autoplastie palatine ne s'exécute pas sans entraîner une perte de sang considérable. C'est, au dire de Trélat, une des opérations qui donnent lieu à une hémorrhagie notable. Ces hémorrhagies ont été d'abord signalées par Gosselin ; Legouest attira l'attention sur elles à la Société de chirurgie (1861), Sur six opérations connues de lui à cette époque quatre fois il y avait eu hémorrhagie.

L'avivement des lèvres de la perte de substance donne parfois lieu à l'écoulement d'une grande quantité de sang. Mais l'hémorrhagie abondante est surtout produite par les incisions latérales. Trélat a résumé d'une façon pittoresque ce qui se passe à ce moment de l'opération. « Incision libératrice, hémorrhagie ; pression avec le doigt, modération de l'hémorrhagie ; détachement du lambeau, cessation de l'hémorrhagie ». Sans doute, dans la plupart des cas les choses ont lieu de cette manière et l'hémostase s'obtient facilement, mais il faut reconnaître que parfois l'hémorrhagie ne s'arrête que momentanément, elle tend à se reproduire et gêne l'opérateur.

La cause principale des hémorrhagies est la blessure de l'artère palatine postérieure ; c'est cette lésion que beaucoup de chirurgiens se sont efforcés d'éviter. Legouest, après des recherches faites sur vingt têtes d'adulte, déclare que pour respecter ces vaisseaux, il ne faudrait pas s'écarter de la ligne médiane de plus de 13 millimètres à 13 millimètres 5. Or, c'est là une limite que l'on est souvent forcé de dépasser.

Une incision faite obliquement de dehors en dedans et presque en décollant pourrait parfois ménager le tronc de l'artère ; mais on ne saurait compter sur cette manœuvre, et Legouest lui-même ne la propose qu'avec réserve.

Mieux vaut faire abstraction de la largeur de la perte de substance à combler et, quelles que soient ses dimensions, porter le bistouri tout près des arcades alvéolo-dentaires et parallèlement à ces arcades. C'est le précepte posé par M. le professeur Tillaux.

Malgré ces précautions, l'hémorrhagie est encore à craindre ; les branches vasculaires de moindre importance suffisent, quand elles sont sectionnées, pour inonder la plaie de sang. D'autre part, la règle posée par M. Tillaux permet bien d'éviter la blessure de l'artère, mais seulement dans les petites perforations. Si la perte de substance est tant soit peu étendue ; pour mieux assurer la mobilité des lambeaux, pour éviter leur tension qui est trop souvent la cause des échecs, il faut traîner le bistouri plus loin que sur la voûte osseuse, il faut entamer le voile dans l'étendue de un centimètre, détruire les adhérences de ce dernier au bord postérieur de la voûte, c'est-à-dire, sectionner les artères palatines postérieures.

Ces hémorrhagies ont à juste titre préoccupé de tout temps les opérateurs. Elles inondent la plaie de sang. Elles

peuvent, par leur abondance, forcer le chirurgien de suspendre l'opération pendant un temps plus ou moins long. On en trouve d'assez nombreux exemples épars çà et là dans la littérature médicale :

Les auteurs du compendium de chirurgie signalent déjà les hémorrhagies comme cause d'insuccès.

Dans une observation de Langenbeck (V. le mémoire de Baizeau), il est dit que l'opération fut plusieurs fois interrompue par l'hémorrhagie provenant des vaisseaux divisés.

Baizeau relate un cas où l'hémorrhagie survint après l'application des points de suture et fut produite par la blessure de l'artère palatine faite en prolongeant l'incision latérale externe gauche. Elle résista à l'application de bourdonnets de charpie imbibée de persulfate de fer ; il fallut, pour l'arrêter, la compression faite avec le pouce par dessus le tamponnement et continuée pendant vingt minutes. Sans cette hémorrhagie, la réunion eût été immédiate.

Le professeur Verneuil (Chirurgie réparatrice) en signale quelques exemples :

Dans un cas, l'hémorrhagie survint seulement après l'opération laissant une grande faiblesse pendant plusieurs jours, c'est là un petit accident. Mais le même chirurgien cite l'observation d'une femme de 40 ans, atteinte d'une large fente palatine congénitale. Il l'opéra par le procédé de Krimmer, les incisions donnèrent lieu à une hémorrhagie abondante qui ne put s'arrêter que par des injections froides et le tamponnement. L'opération avait duré longtemps et beaucoup fatigué la malade ; le chirurgien n'osa finir immédiatement l'opération, et dut laisser une fente transversale qu'il se proposait de suturer plus tard : mais les lambeaux se rétractèrent en dehors et l'opération échoua.

Aussi, dans un autre cas d'uranostaphylorrhaphie, le même chirurgien, songeant, dit-il, à la quantité souvent considérable de sang fourni par les incisions latérales faites au bistouri et à la gêne que ce sang occasionne au patient aussi bien qu'à l'opérateur, pratiqua les débridements latéraux avec le couteau galvanique. M. Verneuil rapporte également que la staphylorrhaphie fut très difficile en raison de la perte de sang chez un homme de 40 ans, atteint d'une ulcération syphilitique du voile du palais. L'avivement dura vingt-cinq minutes à cause de l'hémorrhagie. Aussi, M. Verneuil se propose-t-il d'opérer dorénavant au thermocautère l'avivement comme les débridements latéraux (1).

Dans une opération de Gosselin (2), l'incision antéro-postérieure droite a donné une notable quantité de sang. Gosselin était sur le point de cautériser au fer rouge ; mais un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer fit cesser l'hémorrhagie. Le lendemain et le surlendemain, trente-six à quarante-huit heures après l'opération, le malade eut des hémorrhagies abondantes qui l'ont affaibli notablement, avec syncopes, déglutition de sang, puis rejet de ce liquide par les vomissements.

Ward, dans sa thèse inaugurale (1882) en cite quelques exemples empruntés à la pratique de Trélat :

Chez un malade de 30 ans (Obs. VII) opéré une première fois et sans succès par Broca en 1877, les incisions libératrices donnèrent lieu à une hémorrhagie assez difficile à arrêter.

Dans autre cas (Obs. VIII), chez un jeune homme de 15 ans, le décollement des lambeaux fut laborieux et une des rugi-

1. Verneuil, *Gaz. des Hôp.* 1884, p. 834.

2. Gosselin, *Bullet. de soc. de chir.* 1864, p. 452.

nes perfora le lambeau gauche ; cette complication entraîna une hémorrhagie si considérable qu'il fallut suspendre l'opération et joindre à la compression digitale des irrigations glacées et même le maintien de morceaux de glace sur les lambeaux. L'opération dura une heure.

Chez un autre malade âgé de 25 ans (Obs. XI) atteint de division du voile, de la voûte et du bord alvéolaire, l'avivement d'un des bords de la fente entraîna une hémorrhagie épouvantable qui força Trélat de suspendre l'opération et de la remettre à une époque ultérieure. Celle-ci fut faite près de trois mois après ; l'avivement entraîna encore une perte considérable de sang ; mais lors des incisions libératrices, faites cependant le plus près possible des arcades alvéolaires, l'hémorrhagie fut telle que, pendant le décollement, le lambeau gauche fut absolument noyé dans le sang et à moitié coupé vers sa partie postérieure. L'opération dura une heure et demie. Un suintement sanguin persista toute la nuit et le lendemain, il y eut encore une hémorrhagie abondante et difficile à arrêter. Une telle perte de sang entraîna une grande faiblesse du malade et le résultat ne fut pas très satisfaisant.

Chez une femme de 30 ans (Obs. XVII) atteinte de perforation syphilitique de la voûte, les incisions libératrices amenèrent une hémorrhagie intense.

Dans l'observation XIX, il s'agit d'une petite fille de 4 ans atteinte d'une division congénitale du voile empiétant un peu sur la voûte, il y eut, le surlendemain de l'opération, un écoulement sanguin du côté droit, celui-ci s'arrête au moyen d'irrigations d'eau de Pagliari et de la compression digitale ; mais, les dixième et onzième jours après l'opération, il se fait au même point de véritables hémorha-

gies dont on se rend difficilement maître au moyen de petits tampons imbibés de perchlorure de fer introduits dans la plaie. Le séjour à la campagne fut nécessaire pour remettre l'enfant de l'état de faiblesse où l'avaient plongée les pertes de sang.

Nous trouvons dans la thèse de Bellier (1) plusieurs observations semblables :

Observation II. — Division congénitale du palais et du voile du palais. Uranoplastie, chez un jeune homme de 18 ans. L'avivement des bords de la fente donne une perte de sang assez considérable. Décollement de la muqueuse palatine de chaque côté et prolongement des incisions assez bas sur les piliers du voile du palais ; un écoulement de sang abondant suit ce décollement et on est obligé, pour l'arrêter, de faire de la compression avec des éponges. Guérison.

Observation III. — Division congénitale du palais chez une jeune fille de 18 ans. Décollement avec la rugine sans grande perte de sang à gauche, mais avec perte notable de sang à droite ; l'écoulement est arrêté encore une fois par la compression digitale.

Observation VII. — Perforation du voile du palais chez une femme de 28 ans. — L'opération donne peu de sang ; mais dans l'après-midi, il se produit une hémorrhagie assez abondante qu'on n'arrête qu'après une heure et demi par la compression digitale et la glace.

L'hémorrhagie fut également très abondante, entraîna une prostration et faillit compromettre la vie de la malade dans une staphylorrhaphie rapportée par Henry Smith dans une note sur trois observations de fissure de la voûte et du voile

1. Bellier, th. inaug. Paris 1886.

du palais (1). Il s'agissait dans ce cas d'une malade âgée de 48 ans et opérée par le procédé Dieffenbach-Fergusson.

Et parmi les observations publiées, nous n'avons cité que les plus remarquables.

L'écoulement de sang cache le théâtre opératoire ; la face se cyanose, les lèvres deviennent bleuâtres ; il survient des accès de toux et parfois des vomissements qui entravent à chaque instant la marche de l'opération. Aussi, Trélat faisait prendre à la tête une position telle que le sang pût gagner l'ouverture postérieure des fosses nasales, au lieu de tomber dans le pharynx, l'œsophage, ou le larynx.

Même quand il est moins abondant, cet écoulement gêne considérablement l'opérateur dans l'application des fils de suture. Et si, entre les mains d'un opérateur habile comme Trélat, la pose de ces fils dans l'uranoplastie la plus étendue ne demandait pas un quart d'heure, elle peut demander une demi-heure et plus entre des mains moins expérimentées. D'ailleurs, après avoir déclaré que l'hémorrhagie cesse après le détachement des lambeaux, Trélat lui-même recommande d'avoir recours à l'eau de Pagliari, si le suintement sanguin se colore ou se prononce davantage.

Baizeau pouvait donc justement terminer son mémoire par ces paroles : « Dans quelques cas, il y a de véritables hémorrhagies artérielles ; mais, dans la plupart des opérations que j'ai pratiquées dans cette région, j'ai observé, comme l'a fait remarquer M. le professeur Legouest, qu'on était gêné par le sang qui s'écoule en nappe assez abondamment. Ces hémorrhagies sont d'ailleurs assez aisément arrêtées par la compression digitale unie au tamponnement ; il n'y aurait

1. *The Lancet*, 15 juillet 1876.

donc pas lieu de s'en effrayer, si elles ne compromettaient pas le succès de l'opération. »

M. Civel a vu une fois le malade mourir quelques heures après l'opération des suites d'une hémorrhagie grave. (1)

L'hémorrhagie est d'autant plus à redouter que le sujet est plus jeune. On sait combien les enfants sont sensibles aux moindres pertes de sang ; elles peuvent compromettre l'existence pendant les premiers mois de la vie ; et M. de Saint-Germain (Chirurgie orthopédique) déclare que toutes les fois que l'enfant est très jeune, on n'a que de mauvais résultats dus à l'hémorrhagie.

Aussi, Roux n'intervenait qu'à seize ans ; Dieffenbach, Sédillot, Fergusson, attendaient la dixième ou douzième année ; Langenbeck conseille de ne pas opérer avant sept ans. Enfin Trélat, après avoir d'abord conseillé d'attendre deux à quatre ans, recule l'âge jusqu'à sept ans.

1. Civel, *De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx*
Th. inaug. 1891, p. 72.

CHAPITRE VIII.

URANOPLASTIE EN DEUX SÉANCES

I

Nous croyons avoir montré que si, dans l'uranoplastie, l'hémorrhagie est parfois insignifiante, elle constitue le plus souvent, même dans le procédé à double pont de Baizeau-Langenbeck, sinon un danger, tout au moins une complication véritable de l'opération. Elle gêne la chloroformisation, car « l'anesthésie et l'hémorrhagie buccale ne vont pas bien ensemble » (Trélat). Or, ni le galvanocautère ni le thermocautère n'empêchent l'hémorrhagie ; de plus, ils compromettent la vitalité des lambeaux ; le perchlorure de fer, pour cette dernière raison, doit également être abandonné, et pour se rendre maître de l'hémorrhagie avant l'application des fils de suture, il importe de faire l'opération en deux séances.

Cette idée de faire en deux séances les anaplasties buccales n'est pas nouvelle.

Dès 1867, le professeur Verneuil l'appliqua au traitement du bec-de-lièvre compliqué chez l'enfant (1). Il en retira de grands avantages surtout au point de vue de l'hémostase opératoire. Plus tard, dans une leçon clinique faite à la Pitié

1. Verneuil. *Bullet. de soc. de chirurg.* 1867. 2^e série, t. 8, p. 309.

(1884), à propos d'une staphylorrhaphie, où l'écoulement sanguin fut considérable, il rappelle les excellents résultats que lui a donné le procédé qu'il emploie dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Il fait l'opération en deux séances ; la première est consacrée à l'avivement, la seconde aux sutures. Et l'éminent professeur ajoute : « Je pense qu'il y a lieu de voir dès maintenant si l'on ne devrait pas appliquer à la staphylorrhaphie la méthode en deux temps avec l'avivement non sanglant » (1).

Cette opération avait été pratiquée en 1872 par le professeur Lannelongue (2). Convaincu que la mortification des lambeaux dans les autoplasties, reconnaît pour cause l'insuffisance de la circulation ; persuadé que la vitalité d'un lambeau autoplastique est d'autant mieux assurée que le sang y circule dans des voies plus nombreuses et plus larges, M. Lannelongue chercha à augmenter le calibre et le nombre des vaisseaux de ses lambeaux en pratiquant l'uranoplastie en deux temps. Dans un premier temps, il se borne à tailler les lambeaux et à les décoller des os. Puis chaque jour, il passe un stylet dans toute la longueur de ces incisions, et soulève légèrement la partie libre de chaque lambeau. Ceux-ci subissent alors, comme tout tissu au voisinage d'une plaie, un certain degré d'inflammation dont le maximum est atteint au quatrième jour ; mais cette inflammation entraîne avec elle ses conséquences inévitables : dilatation du réseau circulatoire et formation de capillaires nouveaux au voisinage de la plaie. Elle a donc pour résultat de donner des voies plus larges, et même d'en créer de nouvelles, à la circulation dans le lambeau. Le septième jour, elle est en décrois-

1. Verneuil. *Gaz des hôp.* 1884.

2. Lannelongue. *Bullet. de soc. de chirurg.* 1^{er} mai 1872.

sance et c'est à ce moment que M. Lannelongue pratique le second temps, achève le décollement, avive les bords, et fait la suture.

L'opération faite par le professeur Lannelongue tendait surtout à prévenir la gangrène des lambeaux ; aussi, ne les décolle-t-il pas complètement dès la première séance, et il attend sept jours pour achever ce décollement et faire la suture.

La méthode préconisée par Wolff en Allemagne, M. Poillaillon en France, a pour but principal de faire l'application des fils de suture sans être gêné par le sang.

Elle était déjà appliquée en 1875 par Ehrmann chez les enfants en bas-âge. Pour faciliter l'alimentation et pour diminuer la douleur qui accompagne chaque mouvement de déglutition, Ehrmann répartit l'occlusion de la fissure palatine en deux séances : la première porte sur la voûte et sur la partie antérieure du voile ; la seconde n'est plus réduite qu'à une simple suture sans sections musculaires (1).

En 1888, Julien Wolff rapportait au dix-septième congrès des chirurgiens allemands un cas de palatoplastie faite par lui en deux séances au mois de décembre 1887 sur un enfant de cinq mois et avec un succès parfait. Les conclusions de cette communication sont les suivantes :

« Il s'agit d'abaisser l'âge de l'opération aux premiers mois de la vie pour diminuer notablement la mortalité des enfants atteints de division congénitale de la voûte et du voile, par la restauration des voies normales de la respiration et de la déglutition. Mais, pour que l'opération réussisse chez les enfants en bas-âge, il est nécessaire d'apporter aux

1. *Revue des sciences médic.* t. 8, p. 744.

procédés actuellement en vigueur les modifications suivantes :

1° Diminuer autant que possible la perte de sang par la compression faite méthodiquement.

2° Nettoyer complètement la plaie, et y faire des lavages en maintenant la tête pendante selon le procédé de Rosen.

3° Faire l'opération en plusieurs séances, mobiliser d'abord les lambeaux ; puis, faire la suture cinq à huit jours plus tard, quand la circulation et la nutrition des lambeaux seront en bon état et que l'état général sera amélioré.

4° Enfin faire au fil d'argent une suture de soutien, qui contribue à maintenir rapprochés les deux lambeaux sur la ligne médiane et dans une position quelque peu verticale (1).

En 1889, Wolff publie une seconde observation d'uranostaphylorrhaphie faite en plusieurs séances avec un plein succès chez une femme affectée d'une perte de substance de la voûte si considérable qu'à première vue on pouvait considérer l'autoplastie comme impossible.

Mais tous ces faits étaient peu connus en France quand M. Polaillon eut l'idée d'appliquer d'une façon systématique la méthode en deux séances dans la palatoplastie. Le 28 mai 1890 il présente à la Société de chirurgie un malade opéré avec succès par ce procédé et le 1^{er} septembre 1891, dans une note lue à l'académie de médecine, il insiste de nouveau sur les avantages qu'elle présente.

II

Première séance. — La confection des lambeaux est le

1. *Centrabl. fur chirurg.*, 1888.

seul but du chirurgien lors de la première séance. On peut se contenter de l'anesthésie locale que donnent deux injections de un centigramme de cocaïne de chaque côté de la perte de substance ; on touche en même temps les lèvres de cette dernière avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 pour 5. On trace, de la façon que nous avons dite, les deux incisions latérales et on décolle les lambeaux de dehors en dedans jusqu'à la perforation.

Contre l'hémorrhagie, on place, suivant le conseil de Trélat, et on maintient avec le doigt une petite éponge ou mieux un petit tampon d'ouate antiseptique sur le point qui saigne, tandis qu'un aide enlève avec des éponges montées le sang accumulé dans le pharynx. La compression digitale est en effet certainement le meilleur moyen d'arrêter ces hémorrhagies ; déjà employée avec succès par Legouest, c'est elle que recommande aussi Bedel en cas d'hémorrhagie immédiate dans les perforations par coup de feu. Aujourd'hui on peut utiliser comme hémostatique une solution de parties égales d'antipyrine et d'eau. En aucun cas, on n'emploiera les boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer ; elles compromettent la vitalité des lambeaux, et le sang coagulé gênerait l'opération dans la seconde séance. Si l'hémorrhagie trop considérable résistait à la compression, on pourrait appliquer une pince hémostatique ou mieux encore la pointe du thermocautère chauffé au rouge sombre suivant le conseil du professeur Lannelongue.

Le malade devra se rincer souvent la bouche dans la journée avec une solution boriquée ou de l'eau chloralée. On ne lui donne que du lait et du bouillon, une potion de Todd.

Deuxième séance. — Elle comprend l'avivement et la su-

ture. Elle a lieu le deuxième ou le troisième jour. Déjà les lambeaux se sont tuméfiés et se rapprochent sur la ligne médiane.

On peut endormir le malade, puisque l'écoulement sanguin sera nul ou du moins trop peu abondant pour inspirer des inquiétudes.

On s'assure que les lambeaux sont bien mobilisés ; puis on avive les bords de la perte de substance ; enfin on applique les sutures avec beaucoup plus de sécurité et de rapidité que dans les opérations faites en une séance.

III

En opérant de cette façon on a tout le loisir d'arrêter les hémorrhagies. Nous avons vu qu'il n'est pas rare de voir se produire une hémorrhagie secondaire quelques heures après la confection des lambeaux. Dans le procédé de Baizeau, le chirurgien est presque désarmé en face de cette perte de sang ; la compression digitale ne saurait être conseillée, elle risquerait de faire échouer la suture. Dans l'observation déjà citée de Baizeau, le chirurgien lui-même déclare que l'insuccès ne doit pas être imputé au procédé opératoire.

Le tamponnement, en produisant la tension du lambeau et le tiraillement de la suture, a déchiré prématurément les tissus, et tout fait supposer que sans cette hémorrhagie la réunion aurait été immédiate. Il n'en est plus de même dans l'uranoplastie en deux séances ; ici, l'hémorrhagie secondaire est facilement arrêtée et de la même manière que l'hémorrhagie primitive et elle n'entrave en aucune façon le succès opératoire.

On n'est plus obligé de placer le malade la tête déclive, comme le faisait Trélat : attitude, qui, comme le fait remarquer M. Polaillon, congestionne tous ses vaisseaux et ne peut qu'augmenter la perte de sang. Et cette congestion céphalique n'est pas une simple vue de l'esprit. Dans une opération faite par le docteur Arturo Urenzel, la tête pendante, la tête était tellement congestionnée que sa circonférence était augmentée de un centimètre (1).

De plus, on peut administrer sans danger le chloroforme pendant la seconde séance et la suture en est de beaucoup facilitée chez les sujets indociles et chez les enfants.

Enfin, l'hémorrhagie n'étant plus à redouter, on peut abaisser l'âge admis pour l'intervention, et Wolff a pu ainsi faire avec succès l'uranoplastie chez un enfant de cinq mois.

1. Gillette. *Chirurgie journalière*, p. 379.

CONCLUSIONS

1° L'uranoplastie par le procédé Baizeau-Laugenbeck est actuellement le meilleur mode de traitement des perforations accidentelles et de la plupart des divisions congénitales de la voûte palatine.

2° L'hémorrhagie fournie par la confection des lambeaux est souvent assez considérable pour forcer de suspendre l'opération ; elle rend en tout cas très difficile l'application des fils de suture.

3° L'opération est rendue beaucoup plus facile, si on a soin de la répartir en deux séances : la première consacrée à la taille des lambeaux ; la seconde à l'avivement et à la suture.

4° La palatoplastie en deux séances rend plus faciles l'arrêt des hémorrhagies, la chloroformisation du malade, l'application des fils de suture. Elle permet enfin d'abaisser l'âge de l'opération.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Résumé*).

Femme âgée de 50 ans ; perforation syphilitique de la voûte palatine depuis treize ans. La perte de substance a presque deux centimètres dans le sens antéro-postérieur, et un centimètre et demi dans le sens transversal. Uranoplastie.

1^{re} séance, le 9 juillet 1889. — Anesthésie de la muqueuse avec la cocaïne. M. Polaillon pratique deux incisions latérales près des gencives et détache les deux lambeaux. Peu d'écoulement sanguin.

2^e séance, le 11 juillet. — Anesthésie avec la cocaïne. Avivement des bords de la perforation. Cinq points de suture avec des fils d'argent. Réunion immédiate.

La malade quitte la Pitié le 20 juillet.

OBSERVATION II

Jeune fille âgée de 16 ans ; division congénitale du voile du palais et de la voûte palatine. La division, très étendue, s'arrête à un centimètre des incisives. Urano-staphylorrhaphie en deux séances.

1^{re} séance, le 25 avril 1891. — Anesthésie de la muqueuse avec la cocaïne. Deux incisions latérales sont tracées d'avant en arrière jusqu'au voile du palais. Décollement des deux lambeaux en forme

de pont. Ecoulement sanguin très abondant ; pour l'arrêter, on pratique pendant quelques instants la compression digitale avec un tampon d'ouate imbibée d'une solution boriquée.

2^e séance, le 26 avril. — Anesthésie par le chloroforme. Avivement des bords de la fissure, qui se rapprochent naturellement. Ecoulement sanguin très modéré ; aussi place-t-on facilement sept points de suture avec des fils d'argent. Tous ces fils sont enlevés successivement à partir du cinquième jour.

Réunion très complète et très solide. Sortie de l'hôpital le 10 mai.

OBSERVATION III

La nommée Perceb... Félicie, âgée de 20 ans, journalière, entre à la Pitié, le 14 avril 1890, salle Gerdy, n° 2. Perforation médiane du voile du palais.

1^{re} séance, le 2 mai. — M. Polaillon pratique deux incisions latérales parallèles aux arcades dentaires et libère les lambeaux. Le sang s'écoule abondamment ; compression digitale par l'intermédiaire d'un tampon d'ouate imbibée d'eau boriquée à 4 pour 100.

2^e séance, le 3 mai. — Avivement des lèvres de la perte de substances. L'écoulement sanguin est insignifiant. Quatre points de suture au fil d'argent. Ceux-ci sont enlevés les jours suivants. Réunion immédiate.

La malade quitte l'hôpital le 29 mai.

OBSERVATION IV

Bec-de-lièvre uni-latéral compliqué. — Division complète de la voûte palatine et du voile du palais. — Autoplastie en deux séances.

Le nommé Guib... Arsène, âgé de 18 ans, serrurier, entre à la

Pitié, le 10 avril 1891, salle Broca, dans le service de M. le Dr Polaillon.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier à signaler.

Pas d'autres vices de conformation. Le malade est atteint d'un bec-de-lièvre uni-latéral gauche, compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais. Il a été opéré du bec-de-lièvre à l'âge de trois mois. Cette opération n'a pas eu un résultat très satisfaisant ; l'adossement des lèvres de la fente labiale n'a pas été parfait et il persiste en ce point une encoche assez considérable.

La voûte palatine, le voile du palais et la luette sont divisés dans toute leur étendue en deux parties égales. Les bords de la division sont fortement écartés et la cavité buccale communique largement avec celle des fosses nasales. La fente latérale gauche de la lèvre supérieure semble répondre à l'intervalle compris entre l'incisive latérale et la canine du même côté, elle communiquait primitivement avec la narine gauche.

Il n'existe pas d'adhérence de la lèvre à la gencive.

La voix est nasonnée, mais les troubles de la déglutition sont peu marqués et nullement en rapport avec l'étendue des lésions.

Autoplastie.

1^{re} séance, le 3 mai. — Confection des lambeaux.

L'anesthésie est obtenue par deux injections de deux centigrammes de chlorhydrate de cocaïne pratiquées de chaque côté de la voûte palatine.

M. Polaillon fait de chaque côté et très près des gencives deux incisions latérales, traçant ainsi deux lambeaux laissés adhérents à leur extrémité antérieure. Il se produit un écoulement de sang abondant, mais il est facilement arrêté par la compression. Les deux lambeaux sont alors détachés de la voûte osseuse ; ils tendent immédiatement à se rapprocher de la ligne médiane.

Gargarismes avec une solution boriquée. Bouillon et lait.

Dans l'après-midi se produit une hémorrhagie légère, rapidement arrêtée par la compression que le malade pratique lui-même avec un tampon d'ouate imbibée d'eau boriquée.

2^e séance, le 4 mai. — Avivement et suture.

L'anesthésie est cette fois obtenue par la chloroformisation. On avive avec les ciseaux les bords de la fissure et on les réunit d'avant en arrière par neuf points de suture au fil d'argent.

Gargarismes boriqués. Bouillon et lait.

Potion avec 40 grammes de rhum. Un silence absolu est recommandé au malade.

Les lambeaux réunis sur la ligne médiane sont assez fortement tirillés en raison de l'étendue considérable de leur écartement primitif.

Aussi, dès le lendemain de l'opération, le lambeau droit s'est écarté légèrement, dans sa partie moyenne, de l'arcade alvéolaire correspondante. Sous l'influence de cautérisations au nitrate d'argent, cet écartement disparaît en quelques jours.

Le 8 mai, on observe vers le milieu de la suture un petit point grisâtre, qui indique un peu de sphacèle. On enlève un fil d'argent à ce niveau.

Gargarismes boriqués. Alimentation liquide.

Le 10 mai, on enlève de petits lambeaux de tissu sphacélé, ce qui laisse une petite perforation à la partie moyenne. La réunion est parfaite dans tous les autres points. On enlève trois autres fils. La perte de substance a les dimensions d'une lentille ; mais elle tend à s'accroître les jours suivants, et, malgré des cautérisations répétées au nitrate d'argent, elle conserve les dimensions d'une pièce de un franc.

Les derniers fils sont enlevés le 12 et le 13 mai.

Deuxième opération les 25 et 26 mai, faite également en deux séances.

1^{re} séance, le 25 mai. — Confection des lambeaux. Anesthésie à la cocaïne. On pratique de nouveau deux incisions latérales délimitant deux lambeaux latéraux dont on mobilise la partie moyenne. L'écoulement de sang est très modéré.

2^e séance, le 26 mai. — Avivement et suture des lambeaux. Chloroformisation. On avive au bistouri les lèvres de la solution de continuité et on fait trois points de suture au fil d'argent.

Gargarismes boriqués. Aliments liquides. Potion de Todd.

Un des points de suture manque, et il se produit encore une-fois

un petit écartement des lèvres de la plaie, ayant les dimensions d'une lentille. Les deux autres fils sont enlevés les 3 et 5 juin.

Troisième opération, faite également en deux séances, les 9 et 10 juillet.

1^{re} séance, le 9 juillet. — On confectionne deux lambeaux de la même manière que dans les opérations précédentes. Hémorrhagie presque nulle.

2^e séance, le 10 juillet. — Anesthésie par la cocaïne.

Cette fois, on ne fait pas de suture ; mais M. Polaillon passe trois fils d'argent en anse par les incisions libératrices latérales et rapproche ainsi simplement les lambeaux avivés.

Dans l'après-midi, il se produit par l'incision libératrice gauche une petite hémorrhagie qu'un infirmier arrête par la compression faite pendant quelques minutes avec un tampon imbibé d'eau boriquée.

On enlève un des fils le 15 juillet et les deux derniers le 18.

La cicatrisation est parfaite sur la ligne médiane ; il reste une très petite perte de substance sur la partie latérale droite de la voûte ainsi restaurée ; les cautérisations la font rapidement disparaître.

Le 30 juillet, pour restaurer la lèvre supérieure, on la sectionne au niveau de la fente primitive ; on avive les deux bords de la plaie et on les réunit par six points de suture. Pansement iodoformé. Réunion immédiate ; le résultat est excellent.

L'opéré quitte le service le 10 août, avec une voûte palatine solide. Il a été revu deux mois après ; la voix est toujours nasonnée, mais il est à l'abri des inconvénients inhérents à la communication de la cavité buccale avec les fosses nasales.

OBSERVATION V

Perforation de la voûte palatine. — Uranoplastie en deux séances.

La nommée Lorm . . . Félicité, âgée de 50 ans, concierge, entre à

Pitié, le 6 juillet 1894, salle Gerdy, n° 24, dans le service de M. Poillaillon.

Cette femme n'offre aucune trace de syphilis. L'affection serait survenue il y a treize ans, à la suite d'une piqûre de la voûte palatine par une arête de poisson. Un abcès se serait formé et consécutivement une perforation de la voûte. Il existe, en effet, à la partie moyenne et sur la ligne médiane de la voûte palatine une perte de substance ayant environ un centimètre et demi dans le sens antéro-postérieur et un centimètre dans le sens transversal. La racine du nez est profondément affaissée.

La voix est nasonnée et presque inintelligible ; la déglutition des liquides est très difficile et la plus grande partie est rejetée par les fosses nasales. La malade remédie à ces inconvénients par un obturateur à plaque, mais ce dernier a entraîné la chute des dents et ne pourra bientôt plus être maintenu.

1^{re} séance, le 9 juillet. — Confection des lambeaux.

On anesthésie la muqueuse palatine par deux injections de un centigramme de chlorhydrate de cocaïne ; puis on pratique deux incisions latérales près des gencives et on décolle les deux lambeaux en forme de pont ; ceux-ci tendent immédiatement à se rapprocher sur la ligne médiane. L'écoulement sanguin est presque nul.

Lavage de la bouche avec l'eau boriquée. Aliments liquides.

2^e séance, le 11 juillet. — Avivement et suture.

Anesthésie avec la cocaïne ; on avive au bistouri les bords de la perforation et on fait cinq points de suture au fil d'argent.

Lavages boriqués. Alimentation liquide.

Insufflation de poudre d'iodoforme dans les fosses nasales.

La réunion est immédiate. On enlève deux fils, le 16 juillet, deux autres le 18 et les deux derniers le 20 juillet.

La malade quitte le service le 20 juillet ; la déglutition est parfaite et la voix a recouvré son timbre normal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Baizeau.** — Mémoire sur les perforations et les divisions de la voûte palatine. Arch. génér. de médecine, t. II, 1861.
- Bedel.** — Des perforations traumatiques de la voûte palatine et leur traitement. Th. de Paris, n° 188. 1872.
- Bellier.** — De l'uranostaphylorrhaphie et de ses résultats. Th. Paris, 5 déc. 1884.
- Berger.** — Division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais. Bullet. de Soc. de chirurgie, 1880, p. 561.
- Bois.** — Essai sur les déformations et les pertes de substance du palais dans la scrofule. Th. de Paris, 1878, n° 40.
- Buchanan.** — Fissure de la voûte palatine et du voile du palais, opéré par la méthode de Langenbeck, excellent résultat. The Lancet, 17 juin 1876, p. 885.
- Chervin.** — Sur les troubles de la parole dans les divisions congénitales de la voûte palatine. Rev. de chirurgie, 1889, p. 917.
- Chrétien.** — Des fissures congénitales et de leur traitement. Th. de Paris, 1873.
- Colley (Davies).** — Méthode d'uranoplastie. British medic. Journ., 25 oct. 1890.
- Compendium de chirurgie.** — T. III, p. 736.
- Le Dentu.** — Uranoplastie et staphylorrhaphie. Médecine moderne, 5 juin 1890.
- Delalain.** — Division congénitale de la voûte palatine. Gaz. des hôp., 27 nov. 1890.

- Desnos.** — Ulcération de la muqueuse palatine, perforation de la voûte. *France médicale*, 23 oct. 1878.
- Dudon.** — Sur un point de technique des opérations plastiques sur le palais. *Rev. de chirurgie*, janvier 1888.
- Duplay.** — Des perforations syphilit. de la voûte palatine. *Mercure médical*, 27 février 1892.
- Ehrmann.** — Raccourcissement antéro-postérieur de la voûte palatine chez un sujet opéré de bec-de-lièvre. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1880, p. 11.
- Recherches sur la staphylorrhaphie chez les enfants de l'âge tendre. *Mém. de l'Acad. de médéc.*, Paris, 1875, t. XXI.
- Gayraud.** — Palais. *Dict. encyclop. des sc. médic.*
- Perforation traumatique de la voûte palatine. *Gaz. hebdom. de Montpellier*, 1883.
- Gosselin.** — *Bullet. de Soc. de chirurg.*, 2^e série, p. II, p. 453.
- Gross.** — Une opération d'urano-staphylorrhaphie. *Rev. médic. de l'Est*, 15 sept. 1879.
- Paul (Hermann).** — De l'adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx à la suite d'ulcération, et de ses conséquences, trad. par Verneuil, *Arch. gén. de médéc.*, 1865, p. 422.
- Langenbeck.** — *Arch. für klin. chirurg.*, 1863, p. 230.
- Lannelongue.** — Affections congénitales, t. I, p. 375.
- De l'uranoplastie ostéo-muqueuse, *Bull. de Soc. de chirurg.*, 1877.
- Restauration de la voûte palatine, *Bull. de Soc. de chirurg.* 1876, p. 469.
- Larrey.** — Rapport sur le mémoire de Baizeau à la Société de chirurgie. *Union médicale*, 1^{er} et 5 fév. 1859.
- Le Bec.** — Division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais. Restauration par un lambeau pris sur le vomer et par glissement de la fibro-muqueuse. Guérison. *Gaz. des Hôp.*, 26 avril 1887.

- Legouest.** — Bull. de Soc. de chirurg., 7 août 1861, p. 459.
- Lemarchand.** — Contribut. à l'étude de la fissure palatine. Th. de Paris, 1876.
- Marsh.** — Des éléments de succès dans la palatoplastie, Lancet, 7 juillet 1888.
- Petit.** — Uranoplastie. Dict. encyclop. des sciences médic.
- Passavant.** — Sur les moyens de faire disparaître le nasonnement de la voix dans les fissures congénitales du palais, trad. in Arch. gén. de médecine, 1865.
- De l'amélioration du langage après l'uranoplastie, Arch. für klin. chirurg., vol. XXIII, p. 771.
- Polaillon.** — Division congénitale de la voûte et du voile du palais. Opération en deux séances. Guérison. Bull. de Soc. de chirurg., 1890, p. 422.
- Note sur un procédé de palatoplastie en deux séances. Gaz. médic. de Paris, 10 oct. 1891.
- Pozzi.** — Des opérations plastiques pour remédier aux fissures palatines et de leurs résultats éloignés. Gaz. médic. de Paris, 11 oct. 1890.
- Préterre.** — Traité des divisions congénitales ou acquises de la voûte du palais et de son voile. Paris, 1867.
- Rouge.** — Perforations du palais et palatoplastie. Lausanne, 1867.
- L'uranoplastie et les divisions congénitales du voile du palais. Paris, 1871.
- Roux.** — Quarante ans de pratique chirurgicale, t. I, p. 287.
- Sabatier.** — Procédé d'uranoplastie par rotation de la cloison nasale. Province médicale, 11 oct. 1890.
- Henry Schmith.** — Trois observations de fissures de la voûte et du voile du palais. The Lancet, 15 juillet 1876.
- De Saint-Germain.** — Chirurgie orthopédique.
- Trélat.** — Malformation de la voûte et du voile du palais. Bull. de Soc. de chirurg., 1867, p. 450.

- Uranoplastie dans les divisions congénitales du palais et du voile. Bull. de Soc. de chirurg., 1877, p. 440.
 - De l'uranoplastie dans les divisions congénitales du palais et du voile. Progrès médical, mars 1878.
 - Opération du bec-de-lièvre. Bull. de Soc. de chirurg., 1880.
 - Uranoplastie. Gaz. des hôp., 28 oct. 1884. Rev. de chirurg., févr. 1885.
 - Opération plastique sur le palais. Rev. de chirurg., 10 fév. 1886.
 - Guérison et formation des fentes palatines congénitales avant et après la naissance. Progrès médical, 14 avril 1888.
 - A propos de la ligature rubanée dans la palatoplastie. Arch. de laryngologie, 15 avril 1888.
 - Indications et résultats thérapeutiques de l'urano-staphylorrhaphie. Gaz. hebdom. de médec., 1^{er} fév. 1890.
- Verneuil.** — Chirurgie réparatrice, p. 518.
- Urano-staphylorrhaphie. Insuccès partiels. Remarques sur quelques temps de l'opération. Soc. de chirurg., 25 fév. 1874.
- Ward.** -- Manuel opératoire de l'urano staphylorrhaphie. Th. de Paris, 4 août 1882.
- Julius Wolff.** — Présentation d'un opéré d'uranoplastie et de staphylorrhaphie, avec obturateur élastique insufflé. Berl. klin. Wochenschr., 10 mai 1880.
- Guérison spontanée d'une fissure palatine. Berl. klin. Wochenschr., 8 sept. 1881.
 - De l'uranoplastie et de la staphylorrhaphie dans le bas-âge. Berl. klin. Wochenschr., 23 mai 1887.
 - Palatoplastie chez un enfant de cinq mois. Centr. für chirurg., 1888.
 - Résultats de l'opération de la division congénitale du

- palais chez l'adulte. Berl. klin. Wochenschr., 4 mars 1889.
- Trois cas d'opération plastique sur le palais. Berl. klin. Wochenschr., 24 juin 1889.
 - De l'autoplastie des fentes et fissures du voile sans suture des muscles. Centralblatt für chirurg., 21 juin 1890.
 - De l'uranoplastie sans section des muscles palatins. Berl. klin. Wochenschr., 2 juin 1890.

VU :

Le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

VU :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

